

CUESTIONARIO SOBRE EL MANTENIMIENTO DE HIJOS

Instrucciones:

Tiene que contestar **TODAS** las preguntas.
 COMPLETE UN FORMULARIO PARA CADA PADRE/MADRE SIN LA PATRIA POTESTAD O CADA PADRE SOLTERO QUE VIVE EN EL HOGAR.

Use tinta. Escriba la respuesta con letra de imprenta. Marque Sí, No, o No sé.
 Use una hoja de papel por separado si necesita más espacio.

FOR COUNTY USE ONLY	
CWD CASE NAME	LCSA CASE NAME
CWD CASE NUMBER	LCSA CASE NUMBER
CWD WORKER NAME/NO.	LCSA WORKER NAME/NO.
TELEPHONE NUMBER ()	TELEPHONE NUMBER ()

SECCION 1 - COMPLETE LO SIGUIENTE SOBRE USTED MISMO

NOMBRE (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)	NOMBRE DE SOLTERA	NUMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN)	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	RAZA
DOMICILIO (NUMERO Y NOMBRE DE LA CALLE, NUMERO DEL APARTAMENTO, SI LO HAY)		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	NUMERO DE TELEFONO ()
SU PARENTESCO CON LOS NIÑOS		SU PARENTESCO CON EL PADRE/MADRE SIN LA PATRIA POTESTAD/PADRE SOLTERO QUE VIVE EN EL HOGAR <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Ex-esposo(a) <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Otro			

SECCION 2 - COMPLETE LO SIGUIENTE SOBRE EL PADRE/MADRE SIN LA PATRIA POTESTAD O EL PADRE SOLTERO QUE VIVE EN EL HOGAR

A. NOMBRE (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)		NUMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN)	<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
ULTIMA DIRECCION CONOCIDA (NUMERO Y NOMBRE DE LA CALLE, NUMERO DEL APARTAMENTO, SI LO HAY)		ESTATURA	PESO	COLOR DE OJOS	COLOR DE PELO
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	CICATRICES, MARCAS DE NACIMIENTO, TATUAJES, SOBRENOMBRES, ETC.		
¿CUANDO ERA ACTUAL ESTA DIRECCION?	NUMERO DE TELEFONO ()	¿CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE SUPO DE ESTE PADRE/MADRE, O RECIBIO CORRESPONDENCIA DE EL/ELLA?		¿VIVE CON USTED ESTE PADRE/MADRE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
B. ¿QUE CLASE DE INGRESOS TIENE EL PADRE/MADRE SIN LA PATRIA POTESTAD? <input type="checkbox"/> Ingresos ganados <input type="checkbox"/> UIB/DIB* <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro					
ULTIMO EMPLEADOR CONOCIDO		NUMERO DE TELEFONO ()			
DIRECCION		TIPO DE TRABAJO			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	¿ES MIEMBRO DE UN SINDICATO (UNION)? <input type="checkbox"/> SI, NOMBRE DEL SINDICADO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE		
¿CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE ESTE PADRE/MADRE TRABAJO EN ESE LUGAR?		DIRECCION DEL SINDICATO:			
C. ¿TIENE SEGURO DE SALUD PARA LOS NIÑOS ESTE PADRE/MADRE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE					
¿A QUIEN CUBRE EL SEGURO?		NUMERO DE LA POLIZA			
NOMBRE DEL SEGURO		FECHA DE COBERTURA			
D. LOS PADRES ESTAN O HAN SIDO <input type="checkbox"/> CASADOS FECHA _____ LUGAR _____ <input type="checkbox"/> DIVORCIADOS FECHA _____ LUGAR _____ <input type="checkbox"/> SEPARADOS <input type="checkbox"/> NUNCA HAN ESTADO CASADOS <input type="checkbox"/> VIVEN JUNTOS					
E. ¿HAY ORDEN DE MANTENIMIENTO DE LA CORTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESTA PENDIENTE					
CANTIDAD ORDENADA \$	¿CON QUE FRECUENCIA?	FECHA DE LA ORDEN DE LA CORTE	NO. DE LA ORDEN DE LA CORTE	UBICACION DE LA CORTE (CONDADO Y ESTADO)	
¿COMO PAGA EL PADRE/MADRE? <input type="checkbox"/> A USTED <input type="checkbox"/> AL CONDADO <input type="checkbox"/> PAGA LAS CUENTAS DEL HOGAR <input type="checkbox"/> DEDUCCION DE NOMINA <input type="checkbox"/> OTRO		¿CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE EL PADRE/MADRE PAGO?		¿CUANTO? \$	
F. NOMBRE DE UNA AMISTAD O PARIENTE DEL PADRE/MADRE SIN LA PATRIA POTESTAD					
RELACION/PARENTESCO CON EL PADRE/MADRE SIN LA PATRIA POTESTAD		NUMERO DE TELEFONO ()			
DOMICILIO (NUMERO Y CALLE)		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
G. ¿ES DUEÑO ESTE PADRE/MADRE DE ALGUN VEHICULO MOTORIZADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE					
MARCA	MODELO	AÑO	NO. DE LA PLACA	ESTADO	
H. ¿ES DUEÑO ESTE PADRE/MADRE DE UNA CASA, TERRENO, EDIFICIO, O CUENTAS BANCARIAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE					
¿EN QUE CONDADO O ESTADO?			¿EN QUE CONDADO O ESTADO?		
I. ¿ESTE PADRE/MADRE ESTA EN LA ACTUALIDAD EN LIBERTAD CONDICIONAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE					
J. ¿HA ESTADO ESTE PADRE/MADRE ALGUNA VEZ EN LA CARCEL O PRISION? SI LA RESPUESTA ES SI, ¿CUANDO/DONDE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE					
K. ¿HA ESTADO ESTE PADRE/MADRE ALGUNA VEZ EN EL SERVICIO MILITAR? SI LA RESPUESTA ES SI, ¿CUANDO/ EN QUE RAMO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE					
L. ¿PUEDE USTED IDENTIFICAR O AYUDAR A ENCONTRAR AL PADRE/MADRE SIN LA PATRIA POTESTAD? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					

SECCION 3 - NIÑOS (EN EL HOGAR DE USTED) DE ESTE PADRE/MADRE O DEL PADRE SOLTERO

NOMBRE DEL NIÑO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SSN	FECHA DE NACIMIENTO - -	LUGAR DE NACIMIENTO, CIUDAD, ESTADO	DECLARACION DE PATERNIDAD		
					MFG**	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE	<input type="checkbox"/> FECHA EN QUE SE FIRMO CONDADO
NOMBRE DEL NIÑO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SSN	FECHA DE NACIMIENTO - -	LUGAR DE NACIMIENTO, CIUDAD, ESTADO	MFG**	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE	<input type="checkbox"/> FECHA EN QUE SE FIRMO CONDADO
NOMBRE DEL NIÑO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SSN	FECHA DE NACIMIENTO - -	LUGAR DE NACIMIENTO, CIUDAD, ESTADO	MFG**	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE	<input type="checkbox"/> FECHA EN QUE SE FIRMO CONDADO
NOMBRE DEL NIÑO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SSN	FECHA DE NACIMIENTO - -	LUGAR DE NACIMIENTO, CIUDAD, ESTADO	MFG**	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE	<input type="checkbox"/> FECHA EN QUE SE FIRMO CONDADO
NOMBRE DEL NIÑO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SSN	FECHA DE NACIMIENTO - -	LUGAR DE NACIMIENTO, CIUDAD, ESTADO	MFG**	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE	<input type="checkbox"/> FECHA EN QUE SE FIRMO CONDADO

SECCION 4 - SERVICIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO DE HIJOS (SOLO MEDI-CAL***) No quiero otros servicios para el cumplimiento de mantenimiento de hijos.

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO BAJO LAS LEYES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA Y DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE LA INFORMACION QUE CONTIENE ESTE CUESTIONARIO ES VERDADERA, CORRECTA Y COMPLETA.

FIRMA 	FECHA
--	-------

*UIB = Beneficios del Seguro Contra Desempleo. DIB = Beneficios del Seguro Contra Incapacidad/Discapacidad **MFG = Pago máximo que una familia puede recibir ***Medi-Cal = Programa de Asistencia Médica de California